

“

JE SUIS
EMPLOYEUR



CSSM

CAISSE DE
SÉCURITÉ SOCIALE
DE MAYOTTE

**LES DÉMARCHES
ET FORMALITÉS**



“ JE SUIS EMPLOYEUR

JE SUIS UNE ENTREPRISE, UNE ASSOCIATION, UN PARTICULIER

L'ASSUJETTISSEMENT À LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Sont assujetties obligatoirement à la **CSSM** toutes les personnes salariées ou travaillant à quelque titre que ce soit à Mayotte, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat.
- En tant qu'employeur, je me définis comme la personne pour le compte ou sous l'autorisation de laquelle le travail est effectué, et qui en assume la rémunération.
Cette qualité est attachée à toutes les personnes physiques ou morales qui emploient à quelque titre que ce soit du personnel salarié ou assimilé.

JE CRÉE MON ENTREPRISE

- Je m'adresse au **CFE** (Centre de formalités des Entreprises) qui correspond à mon métier :

Chambre de Commerce et d'Industrie de Mayotte

Place Mariage BP 635 - 97600 MAMOUDZOU CEDEX

Tél : 02 69 61 04 26 - Fax : 02 69 61 85 59

Chambre de métiers et de l'artisanat de Mayotte

Place Mariage BP 248 - 97600 Mamoudzou

Tél : 02 69 61 73 45 / Fax : 02 69 61 85 52

- Si j'exerce une activité indépendante réglementée ou non, autre que commerciale ou artisanale, je m'adresse à la **CSSM** :

Place Mariage - 97600 Mamoudzou

Tél : 02 69 61 91 91

Email : pfs.cssm@css-mayotte.fr

J'EMBAUCHE UN NOUVEAU SALARIÉ

- Lors de toute nouvelle embauche d'un salarié relevant du régime général de la Sécurité Sociale, je dois effectuer une **DPAE** (déclaration préalable à l'embauche), et ce quel que soit mon secteur d'activité.

J'effectue aussi ma déclaration unique d'embauche (**DUE**).

Cette déclaration est obligatoire, quelles que soient les conditions d'exercice de la profession et la durée d'engagement de mon salarié.

Cas particulier :

- le stagiaire n'ayant pas la qualité de salarié, l'employeur n'a pas de déclaration préalable à l'embauche (**DPAE**) à effectuer auprès de la **CSSM**.

POUR TOUTE EMBAUCHE, J'AI DES OBLIGATIONS SOCIALES.

- J'établis une déclaration nominative préalable à l'embauche, et je l'adresse dans les huit jours précédant la date prévisible de l'embauche.

Les déclarations d'embauche peuvent se faire directement de manière dématérialisée sur le site www.due.fr ou via le site urssaf.fr. Cette disposition ne concerne pas le personnel de maison.

- Je déclare les charges sociales mensuellement ou trimestriellement même en l'absence de salariés. Je règle les charges sociales dans le respect des échéances:

Déclaration trimestrielle

- 1^{er} trimestre : Janvier-Février-Mars >>> avant le 15 avril, année N
- 2^{eme} trimestre: Avril-Mai-Juin >>> avant le 15 juillet, année N
- 3^{eme} trimestre: Juillet-Août-Septembre >>> avant le 15 octobre, année N
- 4^{eme} trimestre: Octobre-Novembre-Décembre >>> avant le 15 janvier, année N+1

Déclaration mensuelle

• Je déclare le **15** de chaque mois pour la période d'activité du mois précédent. A la fin de l'exercice, j'établis le **TR (Tableau Récapitulatif)** qui comprend toutes les charges sociales salariales et patronales. Le **TR** de l'année N-1 est à envoyer avant le **31/01/N** à la **CSSM**.

Le **TR** permet de corriger si nécessaire les données déclarées via les bordereaux >>> entraîne un débit ou un crédit ouvrant droit à une régularisation en conséquence.

JE DOIS EFFECTUER MA DADS (DÉCLARATION ANNUELLE DES DONNÉES SOCIALES)

Toutes les entreprises privées et publiques doivent établir les **DADS**.
Il s'agit d'une obligation légale.

Pour se faire, je complète le support de déclaration fourni par la **CSSM**.
Il reporte pour l'ensemble des salariés les rémunérations versées dans l'année, le nom, prénom, date de naissance et le **NIR**.

Les **DADS** de l'année N-1 doivent être retournées à la **CSSM** avant le 31 janvier de l'année N.

- Les données transmises par les **DADS** sont traitées par la **CSSM**, et permettent de compléter le compte retraite des salariés pour le versement des futures retraites.
- Le défaut, la fausse déclaration ou l'omission sont sanctionnées par des pénalités prévues par le code général des impôts ou par le code de sécurité sociale.
- J'établis une fiche de paie pour les salariés.
- J'adhère à la **Médecine du Travail**, et je fais faire une visite médicale à chaque nouvelle embauche.

MON SALARIÉ EST EN CONGÉ MALADIE

- Mon salarié me fait parvenir **le volet 3 de l'avis d'arrêt de travail sous 48 heures**.

A cette occasion, par courrier, je dois établir l'attestation de salaire en complétant l'imprimé et en l'adressant à la **CSSM** ce qui va permettre d'établir les droits de l'assuré, puis de calculer le montant de l'indemnité journalière.

- Si une convention ou un accord de branche applicable à l'entreprise prévoit le maintien de salaire sous déduction des indemnités journalières en faveur de l'employé, celui-ci peut m'autoriser à percevoir les prestations en espèces qui lui sont dues.





n°10170*0
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art. L. 162-4-1-1er al., L. 162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, L.613-20, D.613-19 et D.613-23 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation _____

nom et prénom _____
(nom de famille - de naissance -, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement _____ (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : _____

code postal _____ ville _____ n° téléphone : _____

bâtiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée profession indépendante

sans emploi date de cessation d'activité _____ précisez votre situation _____

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers : oui date _____ non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale _____ n° téléphone : _____
adresse _____ e.mail : _____

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : _____

• prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ (à compléter obligatoirement) inclus
- en toutes lettres :
et
- en chiffres

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse
* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____

• prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant _____
date _____ signature du praticien _____

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

n° de la structure
(AM, PNESS ou SIRET) _____

PRN-PRE S3116x

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

cerfa N°10170*0 / Voleta 3

MA SALARIÉE EST EN CONGÉ MATERNITÉ

- Ma salariée attend un enfant. A cette occasion elle bénéficie d'un congé maternité. Sous réserve de remplir les conditions requises, elle percevra ou je percevrais si je maintiens son salaire (subrogation), des indemnités journalières pendant ce congé.
- Je dois établir «l'attestation de salaire maternité» dès le premier jour de son arrêt de travail: en complétant l'imprimé et en l'adressant à la **CSSM**. Lors de la reprise effective de l'activité, je dois indiquer la date de reprise du travail sur une nouvelle attestation de salaire.

MON SALARIÉ A UN ACCIDENT DU TRAVAIL

- Dans tous les cas, je dois déclarer l'accident.
La déclaration d'accident du travail (**DAT**) doit se faire dans les **48 heures** sous peine de sanctions administratives, en envoyant l'Imprimé **S 6200 f** en recommandé / avis de réception à la **CSSM** en vue de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident.
- La feuille d'accident du travail s'établit au moment de l'**AT**. Pour cela, j'envoie l'Imprimé **S 6201 c** à mon salarié pour qu'il puisse recevoir les soins sans faire de l'avance des frais.
- L'attestation de salaire se fait en même temps que la **DAT** quand il y a arrêt de travail ou dès qu'un arrêt de travail est prescrit. J'envoie l'Imprimé **S 6202 i** à la **CSSM** pour assurer le versement des indemnités journalières.

cerfa
N° 14463*03
DAT-PRE

DÉCLARATION
D'ACCIDENT DU TRAVAIL **D'ACCIDENT DE TRAJET**

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-4 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)
L'EMPLOYEUR DEVRA À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉGIME OBLIGATOIRE DE LA VICTIME LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE
AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET COUVERT LE QUATRIÈME VOLET.

L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur
Adresse _____ Lieu-dit _____
Code postal _____ N° de Téléphone _____
N° SIRET de l'établissement d'attache _____ N° de risque Sécurité Sociale _____
Nom du service de santé au travail _____ Adresse _____ Code postal _____

LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation _____ À défaut, sexe M F Date de naissance _____
Nom et prénom _____
(en cas de nom de famille (nom) suivi du nom d'épouse (nom) et s'il y a lieu)
Adresse _____ Lieu-dit _____ Nationalité Française EEE, Suisse Autre
Code postal _____ Date d'embauche _____ Profession _____
Qualification professionnelle _____ Ancienneté dans le poste de travail _____
Contrat de travail : CDI CDD Apprenti/Elève Intérimaire Autre

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date _____ heure _____ h _____ mn _____
Lieu de l'accident _____
(Nom et adresse du lieu de l'accident ou nom et adresse du domicile)
Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps _____ Numéro de SIRET du lieu de l'accident _____
Lieu de travail habituel Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail
Lieu de travail occasionnel Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas
Lieu du repas Au cours d'un déplacement pour l'employeur
(Indiquez le SIRET du lieu de l'accident si celui-ci est survenu dans un autre établissement que celui d'attache de la victime.)
Activité de la victime lors de l'accident _____
Nature de l'accident _____
Objet dont le contact a blessé la victime _____
Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement) _____
Siège des lésions _____
Nature des lésions _____
La victime a été transportée à : _____ L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI NON
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de _____ h _____ mn à _____ h _____ mn et de _____ h _____ mn à _____ h _____ mn
Accident constaté le _____ jour le _____ heure _____ par l'employeur par ses préposés décrit par la victime
 l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le _____ sous le N° _____
Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (*) DÉCÈS
Un rapport de police a-t-il été établi ? NON OUI par qui ? _____

LE TÉMOIN ou LA PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE (cocher la case correspondante)

Le témoin ou la 1ère personne avisée (en cas d'absence de témoin)
Nom et prénom _____ Adresse _____ Lieu-dit _____ Code postal _____

LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
Si OUI, nom et adresse du tiers _____
Société d'assurance du tiers _____
Nom et prénom du signataire _____
Qualité _____ Signature _____
Fait à _____ le _____

(*) : Important, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.

DAT-PRE S62001

cerfa N°14463*03



MON SALARIÉ A UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

- Mon salarié déclare sa maladie professionnelle à la **CSSM**. Cette déclaration doit toujours être accompagnée d'un certificat médical informant la victime du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.
- Mon salarié peut solliciter la **CSSM** pour toute aide ou précision complémentaire concernant les démarches déclaratives en matière de maladie professionnelle.

DÉPART VOLONTAIRE À LA RETRAITE

- Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour faire valoir ses droits à la retraite a droit à l'indemnité légale ou conventionnelle de départ à la retraite. Cette indemnité est intégralement soumise à cotisations aux taux de droit commun.

LA MISE À LA RETRAITE DU SALARIÉ PAR L'EMPLOYEUR

- Mon salarié a droit au versement d'une indemnité équivalente à l'indemnité légale de licenciement si sa mise à la retraite résulte de ma décision.
- Sa mise à la retraite s'entend par la possibilité donnée à mon entreprise de rompre le contrat de travail d'un salarié de **65 ans** qui peut bénéficier d'une retraite au taux maximum de **50%**

LE CUMUL EMPLOI RETRAITE

- L'assuré peut reprendre une activité salariée immédiatement chez moi, chez un autre employeur ou chez son dernier employeur au plus tôt **6 mois** après le point de départ de sa retraite.
- Dans le cadre de cette reprise d'activité, la retraite lui est servie à condition que le total mensuel des montants bruts de sa retraite ne dépasse pas la limite de cumul. Dans le cas contraire, sa retraite est suspendue.
- Le paiement reprend lorsqu'il cesse cette activité, ou dès qu'elle lui procure un revenu inférieur.



“

JE SUIS
EMPLOYEUR



CSSM

CAISSE DE
SÉCURITÉ SOCIALE
DE MAYOTTE



02 69 61 91 91



PLACE MARIAGE - 97600 MAMOUDZOU



pfs.cssm@css-mayotte.fr



www.cssm.fr